

Autoestima, percepción de estrés y ánimo depresivo en grupos de riesgo

María Jesús CAVA*
Claudia Marcela ARANGO**
Gonzalo MUSITU***

Resumen

Los grupos de riesgo se caracterizan por una mayor vulnerabilidad a desarrollar problemas psicológicos y sociales y, por tanto, suelen ser los destinatarios prioritarios de muchas de las intervenciones realizadas por los trabajadores sociales. En este sentido, en esta investigación se analizan tres variables psicológicas que pueden estar relacionadas con la mayor vulnerabilidad de los diversos grupos de riesgo. En concreto, se comparan las variables de autoestima, percepción de estrés y ánimo depresivo en personas que manifiestan un problema de salud física como es la hipertensión ($n=30$) y en personas con un problema de tipo psicosocial como es el consumo abusivo de alcohol ($n=47$) en relación con una muestra de población general ($n=111$). Los resultados indican que los dos grupos de riesgo considerados manifiestan menor autoestima, mayor percepción de estrés y mayor ánimo depresivo. Estas circunstancias pueden ser de especial interés para el diseño de intervenciones psicosociales dirigidas a estas poblaciones.

Abstract

There are some groups of population considered at risk because of their high vulnerability to have psychological and social problems in later life, and so they are a main objective in many interventions. In this research, we focus on three variables that can be linked to this high vulnerability. Specifically, we compare the variables of self-esteem, stress perception, and depressive mood in persons with a physical problem like hypertension ($n=30$), persons with a psychosocial problem like the abusive use of alcohol ($n=47$) and persons without any specially important problem ($n=111$). Results indicate that persons with these physical and psychosocial problems show less self-esteem, more stress perception, and more depressive mood than persons without these problems. It was interesting that future psychosocial interventions with groups at risk include this questions.

Con frecuencia, se ha señalado la progresiva necesidad que los sistemas de Servicios Sociales tienen de adquirir una orientación más preventiva, de tipo comunitario y cada vez más centrada en la promoción del bienestar psicosocial y la calidad de vida de los ciudadanos (Bueno, 1991, 1993; Casas, 1996; López-Cabanas,

1999). En este sentido, se considera que los Servicios Sociales deberían desempeñar un papel más activo, de anticipación y prevención, y no de mera espera ante las demandas. De hecho, hay que señalar que la prevención se ha convertido en un tópico recurrente en las sucesivas revisiones realizadas sobre la temática de la intervención social

* Profesora de la Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

** Doctora en Psicología.

*** Catedrático en Psicología de la Familia. Universidad de Valencia.

y comunitaria (Gesten y Jason, 1987; Levine, Toro y Perkins, 1993; Repucci, Woolard y Fried, 1999). Tanto la prevención secundaria (centrada en reducir la severidad y duración de los problemas detectados) como la prevención terciaria (que busca disminuir las secuelas posteriores a un problema, incluyendo la reinserción y rehabilitación social) son cada vez más frecuentes; al tiempo que la prevención primaria (centrada en evitar la aparición misma de los problemas) es reconocida como altamente relevante y deseable.

Desde esta perspectiva, más activa y preventiva, encontramos un gran número de intervenciones dirigidas a grupos de riesgo. Se trata de sectores concretos de la población que se considera que tienen una mayor probabilidad de desarrollar determinadas problemáticas como consecuencia de sus características familiares, sociales, económicas, de salud, etc. Aunque el tipo de intervención que se realiza, evidentemente, varía en función del grupo al que se dirige, un factor importante que se suele incorporar en estas intervenciones es la potenciación de los recursos personales y sociales de estas personas. La lógica que subyace a estas intervenciones es que probablemente la mayor vulnerabilidad de estos grupos está asociada con un mayor número de estresores y también, y sobre todo, con una menor capacidad para afrontar este tipo de situaciones. A este respecto, la literatura acerca de la importancia que recursos tales como la autoestima o el apoyo social tienen en el bienestar psicosocial y en el afrontamiento de situaciones estresantes es extensa (Herrero,

1994; Cava, 1995; Gracia, Herrero y Musitu, 1995). Asimismo, y en esta misma línea, desde modelos teóricos relevantes a la intervención psicosocial, entre los que podemos citar la ecuación sobre los factores asociados al desorden mental de Albee (1982), el modelo de bienestar psicosocial de Lin y Ensel (1989) o el modelo del "empowerment" de Rappaport (1987), se señala explícitamente la conveniencia de potenciar los recursos personales, sociales y comunitarios con un medio eficaz para prevenir un considerable número de problemas psicosociales, así como para promocionar la salud y la calidad de vida de la población.

Además, en el caso concreto de los grupos de riesgo, la potenciación de estos recursos puede ser especialmente importante puesto que, como ya hemos señalado, su menor disponibilidad de recursos podría ser un elemento clave en relación con su vulnerabilidad. Esta cuestión, no obstante, debería ser analizada en mayor profundidad. Igualmente, sería interesante conocer hasta qué punto grupos de riesgo con problemáticas diferentes comparten esta menor disponibilidad de recursos. Así, en la investigación que presentamos a continuación hemos planteado como objetivo analizar el grado en que dos grupos de riesgo distintos (personas con problemas de alcoholismo y personas con problemas de hipertensión) difieren de la población general (personas que no tienen una problemática importante que los convierta en grupo de riesgo) en estos recursos. En concreto, y puesto que los estudios que relacionan estas poblaciones de riesgo con el apoyo

social son frecuentes en las últimas décadas (Carels, Blumenthal y Sherwood, 1998; Peirce y colaboradores, 2000), nos centraremos en analizar el otro gran recurso al que se alude reiteradamente: la autoestima. En este sentido, asumimos la actual consideración de la autoestima como un constructo multidimensional (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976; Musitu, Román y Gracia, 1988; Rosenberg y colaboradores, 1995) y analizamos el grado en que las diversas dimensiones de la autoestima (familiar, social, física, etc.) difieren en estos grupos de riesgo en comparación con una muestra de población general.

Por otra parte, incluimos también el análisis de las posibles diferencias entre estos grupos y la población general en otras dos variables psicológicas que consideramos relevantes: el ánimo depresivo y la percepción de estrés. Respecto de la percepción de estrés, cabe señalar que los aspectos cognitivos parecen ser más decisivos en relación con el bienestar psicosocial y con la capacidad de afrontamiento de la persona que la propia situación estresante en sí misma. Así, el elemento determinante que desencadena el estrés en la persona no es tanto la situación concreta sino la valoración que la persona realiza de esta situación (Lazarus y Folkman, 1986). De hecho, ante una misma situación una persona que cree que tiene la capacidad suficiente y los recursos necesarios para superarla desarrollará menos estrés que otra persona enfrentada a la misma situación difícil (por ejemplo, la muerte de un ser querido o el diagnóstico de una enferme-

dad grave), pero que no confía en su capacidad y recursos para superar esta situación. En consecuencia, la sensación de estar desbordado por las circunstancias, es decir, la percepción de estrés podría ser también una variable explicativa de la mayor vulnerabilidad de los grupos de riesgo.

Por último, hemos considerado también el ánimo depresivo como variable de análisis. Esta variable puede incrementar la probabilidad de nuevas dificultades, al tiempo que puede ser un buen indicador del mayor o menor bienestar psicosocial de estos grupos de riesgo. Es importante resaltar, no obstante, que la variable considerada no es la depresión sino el ánimo depresivo, una variable habitual en estudios epidemiológicos y que se encuentra presente, en mayor o menor grado, en gran parte de la población.

Método

Muestras

La primera muestra considerada está integrada por 30 personas con problemas de hipertensión (presión arterial superior a 160/95 mmHg). Estas personas deben llevar un control médico y tienen ciertas restricciones en su vida cotidiana (dieta, ejercicio). Se trata, por tanto, de un problema de tipo físico que, sin embargo, puede influir en las interacciones y relaciones sociales de la persona. Además, en algunos casos, esta situación puede ser percibida como una limitación. En la tabla I podemos apreciar que la mayoría de la muestra se sitúa entre los 25 y los 49 años, aunque también se

TABLA I
Distribución de frecuencias en función del tipo de muestra,
el sexo y la edad

	Grupos de edad								
	18-24 años		25-49 años		50-65 años		Mayores de 65 años		Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Problemas Hipertensión	1		11	12	2	2		2	30
Problemas Alcoholismo	2		29	8	7	1			47
Población general	2	4	32	36	11	12	5	9	111
Total	5	4	72	56	20	15	5	11	188

incluyen personas de más de 50 años. En cuanto a la variable sexo, apreciamos que la muestra se encuentra bastante equilibrada. En concreto, se han incluido 16 mujeres y 14 hombres.

La segunda muestra está compuesta por 47 personas con un consumo abusivo de alcohol. Esta problemática psicosocial se encuentra actualmente entre los principales problemas de salud pública de las sociedades industrializadas (Ellis y colaboradores, 1988; Pons y Berjano, 1999). Con una edad de inicio en el consumo que se sitúa habitualmente en la adolescencia y con un incremento importante durante la juventud, se trata de una problemática que tiene asociadas importantes consecuencias negativas. Así, durante la adolescencia y la juventud el consumo de alcohol se ha relacionado con otras conductas de riesgo para la salud como, por ejem-

plo, la conducción imprudente (Montoro, 1991). Durante la edad adulta, las personas con un consumo abusivo y continuado de alcohol pueden desarrollar problemas de tipo físico, como la cirrosis hepática o la pancreatitis, al tiempo que son frecuentes los problemas laborales, sociales y familiares (Santo Domingo, 1990; Alfonso e Ibáñez, 1992).

En esta investigación, hemos considerado una muestra integrada por 47 personas que manifiestan un problema crónico de consumo abusivo de alcohol (tabla I). Aunque algunas de estas personas han realizado algún intento previo por dejar este consumo, en la actualidad todas ellas reconocen un grave problema de alcoholismo. En cuanto a la variable sexo, la mayor parte de la muestra está integrada por varones. En concreto, un 80.8% de la misma son varones ($n=38$) y sólo un

19.2% son mujeres (n=9). Esta proporción desigual de la muestra en cuanto a sexo puede ser, no obstante, un reflejo de la realidad puesto que parece ser que predominan más los casos de varones con problemas de alcoholismo, o cuanto menos éstas son las diferencias que suelen reflejarse en las estadísticas. Sin embargo, esta diferencia puede deberse también a que las mujeres tengan una mayor preocupación y cuidado por ocultar esta situación debido a que el estereotipo social de la mujer consumidora abusiva de alcohol es más negativo que el del hombre. Con todo, y pesar de estos estereotipos, Cortés y Sellés (1995) señalan que durante las dos últimas décadas se está produciendo un aumento progresivo de los casos detectados de alcoholismo femenino, aunque todavía este porcentaje es inferior al de los varones. Por otra parte, con respecto a la edad, la mayoría de la muestra se sitúa entre los 25 y los 49 años (n= 37), siendo considerablemente menor el número de sujetos con más de 50 años (n=8) y casi anecdóticos los menores de 24 años (n=2). Por tanto, y al igual que en el caso de la muestra descrita previamente, esta muestra está compuesta principalmente por personas de mediana edad.

Por último, se ha considerado una tercera muestra compuesta por personas que, en principio, no manifiestan ninguna problemática importante. Los datos de esta muestra, a la que denominamos población general, pueden consultarse igualmente en la tabla I. Esta muestra está conformada por 111 sujetos de los cuales el 54.9% son mujeres (n=61) y el 45.1% son va-

rones (n=50). En relación con la edad, en su mayor parte se trata de personas de mediana edad. En concreto, el 61.3% de la muestra se sitúa entre los 25 y los 49 años. No obstante, también están representadas personas de más de 50 años (n=37) y menores de 24 años (n=6). Finalmente, cabe señalar que las tres muestras consideradas son equiparables en cuanto a su nivel de estudios y su estatus socioeconómico (medio-bajo). La distribución de estas muestras por edad es similar y, en cuanto al sexo, únicamente se detecta un mayor predominio de varones en el caso de las personas con problemas de alcoholismo.

Instrumentos

Cuestionario de Autoestima

Este cuestionario, elaborado por Musitu y García (1991), consta de 30 ítems que hacen referencia a diversos aspectos o dimensiones en los que la persona tiene una valoración de sí misma. En estos ítems los sujetos deben estimar el grado en que la afirmación es cierta en su caso, utilizando para ello una escala tipo Likert con cinco posibilidades de respuesta (desde "muy en desacuerdo" hasta "muy de acuerdo"). Este instrumento ha sido sometido a un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, obteniéndose seis factores que explican el 55.3% de la varianza total: *autoestima familiar* (que explica el 18.9% de la varianza, y se centra específicamente en la propia imagen en el contexto de la familia); *autoestima-identidad* (que explica el 9.9% de la varianza e incluye ítems referidos a la va-

loración que la persona tiene de sí misma en aspectos tales como la creatividad, la intuición o la capacidad de observación); *autoestima social* (explica el 8.3%, y se centra en la propia valoración en el contexto de las relaciones sociales); *autoestima emocional* (explica el 6.8% de la varianza e incluye aspectos referidos al ajuste emocional y a la capacidad de autocontrol); *autoestima intelectual* (explica el 5.8%, y recoge aspectos relativos a la valoración que la persona realiza de su capacidad intelectual); y *autoestima corporal* (5.6% de la varianza e incluye cuestiones relativas a la imagen corporal). En cuanto a la consistencia interna del cuestionario, el coeficiente α de Cronbach para el total de la escala (0.79) resulta satisfactorio.

Cuestionario de Estrés percibido

La evaluación del estrés percibido se ha realizado mediante el cuestionario de Cohen y colaboradores (1983) (*"Perceived Stress Scale"*), que establece una estimación de la valoración cognitiva que el sujeto realiza de los estresores que está experimentando. En concreto, evalúa el grado en que la persona considera que los acontecimientos de su vida están desbordando sus capacidades. Mediante una escala de 14 ítems, el sujeto estima la frecuencia con la que se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida, harto de todo, o especialmente irritado, tenso y nervioso, durante el último mes. Las posibilidades de respuesta son cinco: "nunca", "casi nunca", "a veces", "bastante a menudo" y "muy a menudo". En cuan-

to a la consistencia interna de este instrumento, el coeficiente α de Cronbach para el total de la escala ($\alpha = 0.81$), resulta adecuado.

Cuestionario de Ánimo depresivo

El instrumento utilizado para medir el ánimo depresivo es el CES-D, diseñado por el Centro de Estudios Epidemiológicos de Estados Unidos y utilizado con frecuencia en estudios con grandes poblaciones (Radloff, 1977). Esta escala consta de 20 ítems que recogen diversos aspectos relacionados con la sintomatología depresiva como, por ejemplo, la pérdida de apetito, la tristeza o las dificultades para dormir. Los sujetos deben indicar la frecuencia con la que han experimentado cada uno de los síntomas reseñados en el cuestionario, durante la última semana. Las posibilidades de respuesta a cada ítem son cuatro: "rara vez o nunca", "pocas veces o alguna vez", "un número de veces considerable" y "todo el tiempo". El CES-D incluye varias dimensiones (sentimientos de culpa e inutilidad, pérdida de apetito, desamparo y desesperación, problemas de sueño, etc.). No obstante, puesto que la escala proporciona también un índice general de ánimo depresivo, que es el que se utiliza en la mayoría de las investigaciones, éste es el que hemos considerado en nuestro estudio. En este índice general se recogen las puntuaciones de las diferentes dimensiones. Aunque el CES-D permite discriminar en población normal aquellos sujetos con riesgo de desarrollar un síndrome depresivo mayor, no evalúa la depresión

en sí misma, sino la sintomatología que habitualmente va asociada con ella. En cuanto a sus propiedades psicométricas, el CES-D se caracteriza por su adecuada fiabilidad y validez, y por su brevedad. La fiabilidad del instrumento en la muestra analizada es $\alpha=0.90$ (α de Cronbach), y en la literatura científica existe documentación abundante sobre su validez convergente con otras escalas como la Labin Scale ($r=0.50$) y la Escala de Afecto Negativo de Bradburn ($r=0.70$) (Lin, Dean y Ensel, 1986).

Resultados

Se han realizado varios análisis de tipo univariado con la finalidad de comprobar si existen diferencias significativas entre los grupos de riesgo consi-

derados (personas con problemas de hipertensión y personas con problemas de consumo abusivo de alcohol) y la población general en autoestima, percepción de estrés y ánimo depresivo. A continuación, se muestran en primer lugar los resultados relativos a la comparación entre personas con problemas de hipertensión y población general. Posteriormente, se ofrecen los resultados de estos análisis en el caso de personas con problemas de consumo excesivo de alcohol.

Población con problemas de hipertensión versus población general

En la tabla II, podemos apreciar que existen diferencias significativas entre las personas con problemas de hipertensión y la población general en

TABLA II
Test univariado con gl (1,45)
Problemas hipertensión versus población general

Variable	F	P	h^2	Media (hiperte)	Media (general)
Autoestima familiar	10.82527	.002	.19391	12.400	14.773
Autoestima identidad	8.07046	.007	.15207	12.200	13.864
Autoestima social	19.24187	.000	.29952	8.720	11.045
Autoestima emocional	4.92117	.032	.09858	10.520	12.182
Autoestima intelectual	5.13146	.028	.10236	8.240	9.682
Autoestima corporal	7.01061	.011	.13479	8.000	9.955
Percepción de estrés	30.80483	.000	.40637	45.040	33.091
Ánimo depresivo	8.35464	.006	.15659	42.240	32.091

las ocho variables consideradas. Así, con respecto a la autoestima, se constata que las personas que tienen esta problemática manifiestan una valoración de sí mismas significativamente más negativa que la población general. Además, esta diferencia se plantea no sólo respecto del ámbito físico (autoestima física: $F=7.01061$; $p=.011$), sino también en relación con el resto de dimensiones de la autoestima (emocional, familiar, intelectual, social e identidad). En este sentido, destaca especialmente la menor autoestima social de este segmento de la población ($F=19.24187$, $p<.001$; media del grupo de hipertensos: 8.720 y media del grupo de población general: 9.682). En la tabla II pueden observarse las medias de los dos grupos en cada una de estas dimensiones.

Por otra parte, observamos también la existencia de diferencias significativas entre estas personas y la población general en cuanto a su percepción de estrés ($F=30.80483$; $p<.001$), siendo esta percepción más elevada en el caso de las personas con hipertensión ($45.040 > 33.091$). Por último, se constata un mayor ánimo depresivo en las personas con problemas de hipertensión ($F=8.35464$; $p=.006$; $42.240 > 32.091$).

Población con problemas de alcoholismo versus población general

Los resultados relativos al análisis de las variables de autoestima, percepción de estrés y ánimo depresivo en personas con problemas de alcoholismo y en la población general se

muestran en la tabla III. En esta tabla podemos observar que ambos grupos difieren entre sí de forma significativa en todas las variables consideradas, excepto en autoestima corporal ($F=3.20399$; $p=.078$). Este resultado, algo sorprendente en principio, puede deberse a que la mayoría de las personas que integran esta muestra no ha desarrollado todavía graves problemas físicos asociados al consumo excesivo de alcohol, o bien puede ser debido a que estas personas otorguen mayor importancia a los problemas sociales y laborales relacionados con esta adicción. Así, las dimensiones de autoestima en las que se aprecia una mayor diferencia significativa son la autoestima familiar ($F=8.00156$; $p=.006$), la autoestima intelectual ($F=15.52287$; $p<.001$) y la autoestima identidad ($F=14.89871$; $p<.001$). Además, en todas las dimensiones de autoestima, tal y como podemos observar en la tabla III, la puntuación media de las personas con problemas de alcoholismo es inferior a la de la población general.

Finalmente, también observamos que las personas con problemas de consumo abusivo de alcohol expresan una percepción de estrés mayor que la población general ($F=29.50219$; $p<.001$; $43.605 > 34.757$), y su ánimo depresivo es igualmente más elevado ($F=14.7220$; $p<.001$; $41.632 > 32.730$).

Discusión y conclusiones

Una primera conclusión que puede derivarse de esta investigación es que, efectivamente, los dos grupos de ries-

TABLA III
Test univariado con gl (1,73).
Problemas alcoholismo versus población general

Variable	F	P	h ²	Media (alcohol)	Media (general)
Autoestima familiar	8.00156	.006	.09878	13.816	15.514
Autoestima identidad	15.52287	.000	.17535	12.579	14.595
Autoestima social	6.66480	.012	.08366	10.237	11.378
Autoestima emocional	6.70072	.012	.08407	11.368	12.973
Autoestima intelectual	14.89871	.000	.16950	8.289	10.243
Autoestima corporal	3.20399	.078	.04204	9.816	10.676
Percepción de estrés	29.50219	.000	.28782	43.605	34.757
Ánimo depresivo	14.72202	.000	.16783	41.632	32.730

go considerados tienen un menor bienestar psicosocial y una menor disponibilidad de recursos psicológicos que la población general. En concreto, estas personas manifiestan una autoestima menos favorable, una mayor percepción de estrés y un mayor ánimo depresivo. Así, y sin realizar un análisis exhaustivo acerca del grado en que estas características son previas a la situación actual o bien son una consecuencia de la misma, el hecho de que definan a estas poblaciones nos permite extraer algunas conclusiones. En primer lugar, la constatación de su menor bienestar psicosocial supone un importante apoyo para aquellas intervenciones que se dirigen a mejorar la calidad de vida de estos sectores de la población. En segundo lugar, la constatación de su menor disponibilidad de recursos con los que afrontar situacio-

nes difíciles y estresantes confirma la situación de vulnerabilidad de estos grupos. Por último, estos resultados podrían ser también útiles como indicadores de algunos de los aspectos que convendría potenciar en las intervenciones psicosociales dirigidas a estos grupos de riesgo.

Por otra parte, una vez comentadas algunas de las principales conclusiones generales y comunes a ambos grupos, pasamos a continuación a analizar y discutir de un modo más detallado estos resultados en cada uno de los dos grupos de riesgo considerados, ya que si bien es un resultado interesante de esta investigación la constatación de que ambos grupos de riesgo presentan características psicológicas similares, en ambos grupos existen también importantes particularidades que conviene considerar.

Así, en el caso concreto de las personas con problemas de hipertensión, estos resultados podrían apoyar, principalmente, las intervenciones dirigidas a mejorar su calidad de vida. La potenciación de la autoestima y del apoyo social son aspectos que pueden cumplir este objetivo (Herrero, 1994; Cava, 1995). Además, se trata de dos recursos íntimamente conectados entre sí, puesto que es precisamente a partir de la interacción con su entorno, y a partir del apoyo o rechazo que la persona percibe, como ésta va desarrollando un concepto y una valoración de sí misma. El autoconcepto y la autoestima no pueden entenderse sin considerar el entorno social de la persona (Mead, 1934; Banaji y Prentice, 1994).

En esta misma línea, Sarason y colaboradores (1986, 1990) señalan que la percepción de apoyo de una persona, es decir, su sentimiento de apoyo, se encuentra altamente relacionado con su sentimiento de aceptación personal. Así, por una parte, el apoyo de la familia y del entorno social se encuentra en la base de la autoestima de la persona; y, por otra parte, la confianza en uno mismo y la propia autoestima determinan, en gran medida, la percepción de apoyo. En general, parece que las personas con una autoestima más elevada tienen más facilidad para establecer redes sociales amplias y capaces de proporcionarles apoyo y, además, es más probable que perciban las conductas de apoyo como tales y no como intentos de intromisión (Newcomb, 1990). Por tanto, la autoestima puede ser un elemento mediador importante que debería con-

siderarse en la planificación y elaboración de programas de intervención cuya finalidad sea el incremento de la percepción de apoyo en ciertos grupos de riesgo.

Además, la potenciación de la autoestima y del apoyo social puede disminuir la percepción de estrés de estos grupos de riesgo, ya que ante una situación estresante es más probable que estas personas valoren la situación en términos menos negativos puesto que disponen de más recursos. Así, por ejemplo, en el caso de las personas con problemas de hipertensión, la necesidad de seguir una dieta o de realizar ejercicio físico de forma habitual podría percibirse de forma menos estresante si estas personas tienen un buen concepto de sí mismas y de sus capacidades, y cuentan con el apoyo de familiares y de amigos. Una autoestima favorable y una escasa percepción de estrés pueden, a su vez, incidir en un menor ánimo depresivo. En este sentido, existen estudios previos que relacionan un autoestima favorable con un menor ánimo depresivo (Cava, 1995). No obstante, el paso siguiente a esta investigación debería ser la elaboración e implementación de una intervención dirigida a personas con problemas de hipertensión, con la finalidad de incrementar sus recursos psicosociales (autoestima y apoyo social) y comprobar, posteriormente, si esta intervención supone una mejora en su calidad de vida.

En cuanto a las personas con problemas de alcoholismo, su baja autoestima ha sido señalada con anterioridad y, de hecho, esta circunstancia puede estar relacionada con los fre-

cuentes sentimientos de culpa por el consumo continuado de alcohol y por las sucesivas recaídas (Cortés y Sellés, 1995). Por tanto, la mejora de la autoestima de estas personas puede ser un medio eficaz no sólo para la prevención de nuevos problemas, sino también para su tratamiento y rehabilitación. Precisamente, en relación con el tratamiento, parece que los procedimientos formales tienen un éxito menor del esperado y algunos grupos de autoayuda tales como Alcohólicos Anónimos se plantean como una alternativa eficaz en muchos casos (Gracia, 1997). A este respecto, cabe señalar que una de las características que, según Katz (1993), definen a estos grupos y que podría explicar parte de su eficacia es el hecho de que a través de las distintas actividades grupales, del modelado y de la aceptación mutua, se promueven los sentimientos de control, autoconfianza y autoestima en las personas con problemas de alcoholismo. De acuerdo con el análisis de Katz (1993), la mayoría de las actividades que tienen lugar en los grupos de autoayuda están diseñadas, directa o indirectamente, para influir positivamente en el autoconcepto y la autoestima. Estas actividades ayudan a los miembros del grupo a percibir que pueden resolver o manejar sus problemas personales y que el grupo es un vehículo efectivo para resolver problemas comunes. Así, al asumir un mayor control y responsabilidad sobre áreas importantes de sus vidas y mantener una actitud más activa hacia su entorno, se promocionan nuevos sentimientos de poder y competencia que pueden contribuir al manejo del estrés

y que también pueden reducir el ánimo depresivo de estas personas. En este caso, las intervenciones encaminadas a potenciar los recursos pueden tener la finalidad no sólo de prevenir mayores dificultades sino, sobre todo, de facilitar el tratamiento y la prevención de recaídas.

Sin duda, tal y como señalábamos al iniciar este artículo, los actuales Servicios Sociales tienen una importante labor que desempeñar no sólo en la atención a las demandas, sino también, y cada vez más, en la prevención de nuevos problemas. Este tipo de intervenciones, aunque cuentan con numerosas dificultades (escasez de tiempo y recursos, necesidad de justificar resultados a corto plazo, problemas relacionados con una adecuada evaluación, etc.) contienen también importantes atractivos. Entre estos, es necesario señalar el hecho de que estas intervenciones, con frecuencia, dotan a los usuarios de recursos personales y sociales que les permiten disminuir su dependencia y pasividad en relación con los sistemas sociales de protección y que les confieren un mayor control personal sobre su propia realidad.

Referencias bibliográficas

- Albee, G.W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychological*, 37, 1043-1050.
- Alfonso, M. e Ibáñez, P. (1992). *Todo sobre las drogas legales e ilegales*. Madrid, Dykinson.
- Banaji, M.R. y Prentice, D.A. (1994). The self in social contexts. *Annual Review of Psychology*, 45, 297-332.
- Bueno, J.R. (1991). *Hacia un modelo de servicios sociales de acción comunitaria*. Madrid, Editorial Popular.

- Bueno, J.R. (1993). La intervención comunitaria en los servicios sociales. En G. Musitu, E. Berjano, E. Gracia y J.R. Bueno (Eds.), *Intervención Psicosocial*. Madrid, Editorial Popular.
- Carels, R.A., Blumenthal, J.A. y Sherwood, A. (1998). Effects of satisfaction with social support on blood pressure in normotensive and borderline hypertensive men and women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 5 (1), 76-85.
- Casas, F. (1996). *Bienestar social. Una introducción psicosociológica*. Barcelona, PPU.
- Cava, M.J. (1995). *Autoestima y apoyo social: Su incidencia en el ánimo depresivo en una muestra de jóvenes adultos universitarios*. Tesis de Licenciatura. Universitat de València. Dir. Gonzalo Musitu.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cortés, M.T. y Sellés, R. (1995). Alcoholismo femenino: Autopercepción del problema, forma de beber y calidad de vida. En J.A. Conde y A.I. Isidro (Comps.), *Psicología Comunitaria, salud y calidad de vida*. Salamanca, Eudema.
- Ellis, A., McInerney, J.F., DiGiuseppe, R. y Yeager, R.J. (1988). *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. Nueva York, Pergamon.
- Gesten, E.L. y Jason, L.A. (1987). Social and community interventions. *Annual Review of Psychology*, 38, 427-460.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona, Paidós.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona, PPU.
- Herrero, J. (1994). *Estresores sociales y recursos sociales: el papel del apoyo social en el ajuste bio-psico-social*. Tesis Doctoral. Universitat de València. Dir., G. Musitu.
- Katz, A.H. (1993). *Self-help in America: A social movement perspective*. Nueva York: Twayne.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martínez Roca.
- Levine, M., Toro, P.A. y Perkins, D.V. (1993). Social and community interventions. *Annual Review of Psychology*, 44, 525-558.
- Lin, N. y Ensel, W.M. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (1986). *Social support, life events and depression*. New York, Academic Press.
- López-Cabanas, M. y Chacón, F. (1999). *Intervención psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo*. Madrid, Síntesis.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago, Chicago University Press.
- Montoro, L. (1991). Alcohol, juventud y accidentes de tráfico. En *Alcohol y Juventud*. Madrid, Ministerio de Sanidad y consumo.
- Musitu, G. y García, F. (1991). *Cuestionario de Autoconcepto AFA*. Madrid, TEA.
- Musitu, G., Román, J.M. y Gracia, E. (1988). *Familia y educación: Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Barcelona, Labor.
- Newcomb, M.D. (1990). Social support and personal characteristics: A developmental and interactional perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 54-68.
- Peirce, R.S., Frone, M.R., Russell, M., Cooper, M.L. y Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support and alcohol use. *Health Psychology*, 19 (1), 28-38.
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia*. Madrid, Plan Nacional sobre Drogas.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A Self Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/ Exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
- Reppucci, N.D., Woolard, J.L. y Fried, C.S. (1999). Social, community, and preventive interventions. *Annual Review of Psychology*, 50, 387-418.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. y Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.
- Santo Domingo, J. (1990). *El alcohol*. Madrid, Rialp.
- Sarason, B.R., Pierce, G.R. y Sarason, I.G. (1990). Social support: the sense of acceptance and the role of relationships. En B.R. Sarason, I.G. Sarason y G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view*. Nueva York, Wiley.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R. y Shearin, E.N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 845-855.
- Shavelson, J., Hubner, J.J. y Stanton, G.C. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-442.

María Jesús CAVA